



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número del cliente: \_\_\_\_\_

Trabajador del caso: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Me gustaría conversar con usted acerca de por qué no cooperó con:

Completar una evaluación de dependencia química como se requirió en la carta con fecha de \_\_\_\_\_.

Completar un tratamiento de dependencia química como se requirió en la carta con fecha de \_\_\_\_\_.

Su elegibilidad de referencia de Necesidades Esenciales y de Vivienda (HEN) finalizará a menos que presente una prueba que ha cumplido con el requisito o un buen motivo para no cooperar según WAC 388-447-0120.

Para conversar acerca del motivo por el cual no cooperó, usted debe:

Reunirse conmigo el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  
FECHA HORA

Llámeme al \_\_\_\_\_ antes del \_\_\_\_\_ para conversar acerca del motivo por el  
cual usted no cooperó. NÚMERO DE TELÉFONO FECHA

También puede enviarme por escrito una explicación del motivo por el cual usted no cooperó hasta el día \_\_\_\_\_.  
FECHA

Incluya en su carta cualquier prueba que tenga, por ejemplo la declaración de un médico.

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
ESPECIALISTA EN DISCAPACIDAD

Teléfono: \_\_\_\_\_

CSO: \_\_\_\_\_